

**RÉGIME D'INGÉNIEURS CANADA
 PROPOSITION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES**

CRITÈRE DE PRÉSÉLECTION

Avant de présenter une proposition d'assurance maladies graves, vous devez comprendre que vous ou votre conjoint (si celui-ci veut souscrire la couverture) ne pouvez pas adhérer à ce régime si vous avez eu une des affections ou opérations suivantes :

Accident ischémique transitoire	Crise cardiaque	Maladie rénale (sauf calculs rénaux ou antécédents d'infection rénale)
Accident vasculaire cérébral	Diabète	Paralysie permanente (paralysie, quadriplégie), sauf paralysie de Bell
Affection ou problème cardiaque (sauf hypertension contrôlée)	Fibrose pulmonaire	Pontage coronarien
Cancer (sauf cancer de la peau basocellulaire)	Greffé d'organe majeur (receveur)	Sclérose en plaques
Chorée de Huntington	Hépatite active	Sida ou parasida
Consommation abusive d'alcool au cours des cinq dernières années	Maladie d'Alzheimer	
	Maladie de Lou Gehrig – sclérose latérale amyotrophique (SLA)	

1. Renseignements sur le membre (si vous demandez la couverture du membre et/ou du conjoint)

Nom (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de famille _____ Prénom _____ Homme Femme

Adresse _____ Ville _____ Province _____

Code postal _____ Courriel _____ Tél. (dom.) () _____ (trav.) () _____

Date de naissance / / / JJ/MM/AAAA Pays de naissance _____

Le proposant est : Ingénieur Étudiant Technicien/Technologue Titulaire d'un permis restreint
 Géoscientifique Architecte Employé permanent à temps plein de l'association Membre en formation

Nom de l'assoc. prov. ou terr. _____ N° de membre _____

Revenu annuel net, déduction faite des frais mais avant impôt : \$ _____ Avoir net personnel (actif moins passif) : \$ _____

2. Renseignements sur le conjoint (si vous demandez la couverture du conjoint)

Nom (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de famille _____ Prénom _____ Homme Femme

Date de naissance / / / JJ/MM/AAAA Pays de naissance _____

Courriel _____ Tél. (trav.) () _____

Profession (si le conjoint est travailleur autonome, veuillez décrire la nature de son entreprise et ses fonctions.) _____

Revenu annuel net, déduction faite des frais mais avant impôt : \$ _____ Avoir net personnel (actif moins passif) : \$ _____

3. Quel montant d'assurance voulez-vous souscrire?

Ne pas tenir compte des couvertures existantes. (Montant maximum d'assurance maladies graves pouvant être souscrit : 1 000 000 \$)

Membre Fumeur Non-Fumeur*

Veuillez cocher une option.

Régime de base – 6 affections Régime accru – 18 affections

Indiquez le montant désiré en tranches de 25 000 \$ (10 % de rabais pour les montants de 125 000 \$ ou plus!) →

_____ 000 \$
Montant de couverture

Conjoint Fumeur Non-Fumeur*

Veuillez cocher une option.

Régime de base – 6 affections Régime accru – 18 affections

Indiquez le montant désiré en tranches de 25 000 \$ (10 % de rabais pour les montants de 125 000 \$ ou plus!) →

_____ 000 \$
Montant de couverture

* Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fait usage de produits du tabac ou de produits de désaccoutumance au tabac, quels qu'ils soient, au cours des douze derniers mois et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie.

1. L'un des proposant a-t-il une assurance maladies graves en vigueur ou en suspens auprès de la Financière Manuvie ou d'une autre compagnie?
 Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du proposant	Nom de la compagnie	Montant	Cette couverture sera-t-elle remplacée?
		\$	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
		\$	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Remarque : Si vous prévoyez remplacer une couverture, ne demandez pas la résiliation de votre couverture actuelle avant d'avoir reçu et lu votre nouveau certificat.

4. Mode de paiement

MEMBRE _____ x _____ = _____ \$ x 0,9 (si vous demandez 125 000 \$ ou plus) = _____ \$
Nombre d'unités* Prime mensuelle par unité

CONJOINT _____ x _____ = _____ \$ x 0,9 (si vous demandez 125 000 \$ ou plus) = _____ \$
Nombre d'unités* Prime mensuelle par unité

* Une (1) unité de couverture est égale à 25 000 \$; un rabais de 10 % est offert à compter de 5 unités (5 x 25 000 \$ = 125 000 \$). Veuillez vous reporter à la brochure pour connaître votre taux de prime mensuel.

MENSUELLEMENT par prélèvements automatiques sur le compte. Joindre un chèque portant la mention « NUL ».

ANNUELLEMENT _____ + _____ x 12 = _____ \$
Prime mensuelle totale Taxe de vente provinciale† (s'il y a lieu) Montant à payer

Ci-joint mon chèque libellé à l'ordre de la « Financière Manuvie » **OU**

Débitez mon compte   N° de compte _____ Date d'expiration _____

Par souci de commodité, si vous choisissez le paiement par prélèvements automatiques sur le compte ou par carte de crédit, vos prochaines primes seront réglées d'office selon le même mode de paiement.

† Les résidents du Québec doivent ajouter une taxe de vente provinciale de 9 % et les résidents de l'Ontario, une taxe de vente de 8 %.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS

Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Nom du titulaire du compte _____

Institution financière _____ Adresse _____ Ville _____

Numéro de compte bancaire _____ Numéro de domiciliation _____

Type de compte : Compte-chèques personnel Compte-chèques d'épargne Compte d'épargne Compte courant Compte de dépôt direct Autre

Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint au titre duquel une seule signature est requise? Oui Non

Si plus d'une signature est requise pour les prélèvements sur le compte, les deux titulaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Comptes d'épargne véritable : Comme l'approbation de mon/notre institution financière est requise pour les paiements préautorisés à partir des comptes sans privilège de chèques, j'ai/nous avons pris les dispositions nécessaires pour permettre les prélèvements sur mon/notre compte. J'ai/Nous avons joint à la présente un bordereau de retrait portant le timbre d'approbation de mon/notre institution financière et attestant que les montants exigibles peuvent être prélevés sur mon/notre compte d'épargne véritable.

AUTORISATION DE PAIEMENT

Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

J'autorise/Nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement mensuel automatique de mon/notre compte bancaire afin de couvrir les primes d'assurance exigibles à la date de signature de la présente autorisation ou après cette date. J'autorise/Nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date, sinon le jour ouvrable suivant. Le montant prélevé sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions de mon/notre contrat d'assurance ou tel qu'il est nécessaire pour la gestion de mon/notre contrat. **Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir tout autre avis relatif au montant ou à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte.** Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, la Financière Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. La Financière Manuvie se réserve le droit de demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon/notre compte bancaire seront traités comme des débits préautorisés personnels tels qu'ils sont définis dans la Règle H-1 de l'Association canadienne des paiements. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par la Financière Manuvie ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente entente de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin à moins que la Financière Manuvie ne reçoive une autre forme de paiement. Toute prime devant être remboursée relativement à la présente autorisation le sera au titulaire du contrat.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements automatiques sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1-877-598-2273, nous envoyer un courriel à l'adresse am_service@manuvie.com ou écrire à la Financière Manuvie, P.O. Box 670, Stn. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à cette entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca.

Nom du titulaire du compte _____ Signature du titulaire du compte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date _____ JJ / MM / AAAA

Adresse du titulaire du compte (s'il ne s'agit pas du proposant) _____

Paiement par carte de crédit

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre compte le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date afin de couvrir les primes d'assurance exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par la Financière Manuvie ou par moi-même/nous-mêmes moyennant un avis écrit. La Financière Manuvie résiliera la couverture ou changera le mode de paiement pour un autre mode acceptable si un prélèvement est refusé, quelle qu'en soit la raison. L'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable si une situation de ce genre survient. Des frais de 25 \$ seront imposés pour chaque transaction sans provision.

Nom du titulaire de la carte _____ Signature du titulaire de la carte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date _____ JJ / MM / AAAA

5. Conditions (À lire attentivement avant de signer)

Par les présentes, je sou mets une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition sont véridiques et complètes. Je sais que la présente proposition, avec tout autre formulaire que j'ai signé relativement à celle-ci, constitue la base de tout contrat émis en vertu de la présente.

Je conviens que toute fausse déclaration, y compris une déclaration erronée quant au statut de fumeur, rendra l'assurance résiliable à la demande de l'assureur. J'ai lu et compris que la couverture demandée comporte des exclusions et des restrictions. Le suicide n'est pas couvert. En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné, la personne à assurer, autorise par la présente les médecins agréés, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux, compagnies d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, l'administrateur du contrat collectif, le promoteur du régime d'assurance, les organismes d'enquête et de sécurité, agents, courtiers ou intermédiaires de marché, organismes d'État ou autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir les renseignements en question à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise la Financière Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. Je conviens que l'assureur peut exiger, à ses frais, un examen médical, une analyse d'urine ou des tests, et que tout test révélant une maladie infectieuse sera signalé aux autorités médicales compétentes, si la loi l'exige.

J'autorise également la Financière Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et mandataires à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition et dans leurs dossiers existants pour m'offrir leurs produits ou services. Je sais que mon consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir des produits et des services est facultatif, et que je peux y mettre fin en communiquant avec la Financière Manuvie à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués dans le présent document. « Je » renvoie à « nous » lorsque plusieurs personnes souscrivent l'assurance.

Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

J'accuse réception de l'AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS et l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ (voir la brochure).

Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont exigés, ainsi que des risques et des avantages du consentement ou du refus. Le présent consentement prend effet à la date de signature de la présente proposition et prend fin sept ans après la date de résiliation de tout contrat ou certificat établi à la suite de la présente proposition. Je sais que ce consentement peut être révoqué à tout moment et que si, à la suite de sa révocation, l'assureur est incapable d'obtenir une preuve de sinistre, les prestations pourraient ne pas être versées.

Les parties ont expressément demandé que la présente entente et les annexes ou documents y afférents soient rédigés en anglais. The parties have expressly requested that this Agreement and any related appendices or documents be drafted in the English language.

L'assurance prend effet à la date à laquelle la Financière Manuvie recevra la proposition dûment remplie (y compris ma Déclaration de santé dûment remplie) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de l'assureur. Je sais que tous les renseignements médicaux doivent être exacts à la date à laquelle la proposition, incluant la Déclaration de santé, est signée. Si ma proposition est approuvée, je recevrai un contrat faisant état de la couverture offerte et des principales dispositions contractuelles. Il est entendu que si je ne suis pas assurable, les primes acquittées me seront intégralement remboursées.

J'ai lu et compris les conditions, et je les accepte.

Signature du membre _____ Fait à _____ Date _____ JJ / MM / AAAA

Signature du conjoint (si la couverture est demandée pour le conjoint) _____ Fait à _____ Date _____ JJ / MM / AAAA

Cosignature (pour les prélèvements automatiques, si la banque l'exige) _____ Fait à _____ Date _____ JJ / MM / AAAA

Nom du représentant (s'il y a lieu) _____ Fait à _____ Code _____

Déclaration de santé

Veillez répondre à toutes les questions et donner des précisions ci-après ou sur une feuille distincte dûment signée et datée. Renseignements médicaux concernant le proposant et son conjoint :

Nom complet du membre	Téléphone ()
-----------------------	--------------------

Nom du médecin du membre	Téléphone ()	Date de la dernière visite JJ/MM/AAAA
--------------------------	--------------------	--

Raison	Tests, traitement et médicaments prescrits (s'il n'y en a aucun, inscrivez « aucun ».)
--------	--

Résultats et état actuel

Nom du médecin du conjoint	Téléphone ()	Date de la dernière visite JJ/MM/AAAA
----------------------------	--------------------	--

Raison	Tests, traitement et médicaments prescrits (s'il n'y en a aucun, inscrivez « aucun ».)
--------	--

Résultats et état actuel

Taille du membre	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m	Poids	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Taille du conjoint	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m	Poids	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
------------------	--	-------	--	--------------------	--	-------	--

Le poids du membre a-t-il changé au cours de l'année passée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui <input type="checkbox"/> Gain	lb/kg	<input type="checkbox"/> Perte	lb/kg	Raison du changement
--	---	--------------------------------------	-------	--------------------------------	-------	----------------------

Le poids du conjoint a-t-il changé au cours de l'année passée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui <input type="checkbox"/> Gain	lb/kg	<input type="checkbox"/> Perte	lb/kg	Raison du changement
--	---	--------------------------------------	-------	--------------------------------	-------	----------------------

L'une des personnes à assurer :

1. s'est-elle déjà fait refuser une assurance ou offrir une assurance moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, la date, le nom de la compagnie et la raison :

2. s'est-elle déjà fait suspendre son permis de conduire ou a-t-elle été accusée de conduite avec facultés affaiblies ou de trois infractions ou plus au code de la route, au cours des cinq dernières années? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, la nature de l'infraction ou des infractions, la ou les dates, le numéro du permis de conduire et la province de délivrance du permis :

3. prévoit-elle piloter un aéronef, faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'escalade, ou pratiquer toute autre activité dangereuse? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, le type d'activité et la ou les dates :

4. prévoit-elle voyager ou résider à l'extérieur de l'Amérique du Nord au cours des 12 prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, le lieu, la date, la raison et la durée du séjour :

5. a-t-elle, au cours des sept dernières années, pris des médicaments pour des fins autres que médicales, fait usage de marijuana, été traitée pour consommation d'alcool ou de drogues, ou reçu la recommandation d'en réduire la consommation? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, le(s) type(s) de drogue(s) ou d'alcool, et la ou les dates de la dernière consommation :

	Membre		Conjoint	
1. s'est-elle déjà fait refuser une assurance ou offrir une assurance moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, la date, le nom de la compagnie et la raison :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. s'est-elle déjà fait suspendre son permis de conduire ou a-t-elle été accusée de conduite avec facultés affaiblies ou de trois infractions ou plus au code de la route, au cours des cinq dernières années? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, la nature de l'infraction ou des infractions, la ou les dates, le numéro du permis de conduire et la province de délivrance du permis :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. prévoit-elle piloter un aéronef, faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'escalade, ou pratiquer toute autre activité dangereuse? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, le type d'activité et la ou les dates :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4. prévoit-elle voyager ou résider à l'extérieur de l'Amérique du Nord au cours des 12 prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, le lieu, la date, la raison et la durée du séjour :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5. a-t-elle, au cours des sept dernières années, pris des médicaments pour des fins autres que médicales, fait usage de marijuana, été traitée pour consommation d'alcool ou de drogues, ou reçu la recommandation d'en réduire la consommation? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, le(s) type(s) de drogue(s) ou d'alcool, et la ou les dates de la dernière consommation :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Les résidents du Québec peuvent détacher la Déclaration de santé et l'envoyer séparément à l'assureur. Cette proposition n'est valide que si la Financière Manuvie reçoit la Déclaration de santé dûment remplie.

Déclaration de santé (suite)

6. a-t-elle déjà eu des symptômes ou été traitée pour les troubles suivants : trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.), trouble touchant le cerveau ou le système nerveux, trouble cardiaque ou circulatoire, douleurs thoraciques, souffle cardiaque, hypertension, taux de cholestérol élevé, diabète, cancer, tumeur, trouble du poumon ou du foie, hépatite (y compris l'état de porteur), trouble du rein, anomalie urinaire, trouble de la prostate, trouble sanguin, trouble lymphatique ou glandulaire, infection rare, trouble mammaire, trouble thyroïdien, nodule thyroïdien, trouble cutané, trouble gastro-intestinal, trouble touchant les yeux, trouble de la vue, névrite optique ou toute autre maladie non mentionnée? Oui Non Oui Non
7. a-t-elle déjà eu des problèmes articulaires ou musculo-squelettiques (dos, cou, hanche, genoux, etc.), souffert d'arthrite, de paralysie ou de faiblesse des extrémités des membres, ressenti des engourdissements, des fourmillements, une perte de l'équilibre ou une perte de sensation, souffert de fibromyalgie ou de douleurs chroniques, subi des radiographies de la colonne vertébrale ou des articulations, ou été hospitalisée ou invalidée (d'un point de vue médical) pendant plus de deux semaines consécutives? Oui Non Oui Non
8. a-t-elle déjà subi un test de dépistage du VIH ou du sida dont le résultat a été positif, été traitée pour le VIH ou le sida ou été exposée au VIH ou au sida? Oui Non Oui Non
9. au cours des deux dernières années, a-t-elle eu un résultat anormal de mammographie, de test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou toute autre investigation, a-t-elle consulté un spécialiste, s'est-elle fait prescrire des médicaments, un autre traitement ou du counseling pour un trouble autre qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.), ou a-t-elle reçu la recommandation d'effectuer une investigation plus approfondie, de voir un autre médecin, de subir une chirurgie ou de passer des examens (tomodensitogramme et IRM compris), ou attend-elle des résultats d'examen? Oui Non Oui Non

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS 6 À 9, DONNEZ DES PRÉCISIONS :

Nom du proposant	N° de la question	Nature du trouble	Date et durée	Traitement et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

10. L'un des membres de votre famille immédiate (père, mère, frère ou sœur) a-t-il eu une cardiopathie, le diabète, un cancer, un accident vasculaire cérébral, de l'hypertension, une maladie rénale, l'hépatite, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique, la maladie du motoneurone, la sclérose en plaques, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, ou toute autre maladie héréditaire ou tout autre trouble génétique? Oui Non Oui Non

Nom du proposant	Membre de la famille	Affection (s'il s'agit d'un cancer, précisez le type)	Âge au début de la maladie	Membre		Conjoint	
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

ESPACE SUPPLÉMENTAIRE

Des questions? Composez sans frais le 1 877 598-2273 ou envoyez un courriel à am_service@manuvie.com

Veillez envoyer la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :
Financière Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8